FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 66.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 27 avril 1861,

Par CAMILLE DUPUIS,

né à Bressuire (Deux-Sèvres),

ancien Élève des Hôpitaux de Paris.

DE L'AQUO-CAPSULITIS

OU

INFLAMMATION DE LA MEMBRANE DE L'HUMEUR AQUEUSE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

1861

1861. — Dupuis.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN. — MM.

Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	N. GUILLOT. MONNERET.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN, Examinateur.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU, Président. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Professeur honoraire, M. CLOQUET. — *Secrétaire,* M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. AXENFELD.
BAILLON.
BARTH.
BLOT.
BOUCHUT, Examinateur.
BROCA.
CHAUFFARD.
DELPECH.
DUCHAUSSOY.
EMPIS.
FANO.
FOLLIN.
FOUCHER.

MM. GUBLER.
GUILLEMIN.
HÉRARD.
LASÈGUE.
LECONTE.
PAJOT.
REVEIL, Examinateur.
RICHARD.
SAPPEY.
TARDIEU.
TRÉLAT.
VERNEUIL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MA SOEUR.

A MON BEAU-FRÈRE.

A MES AMIS.

A M. FANO,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

A MM. GOSSELIN, MANEC, CHARCOT,

DE SAINT-LAURENT,

MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX.

Je prie M. Auzias-Turenne de vouloir bien agréer ici l'expression de ma vive gratitude pour l'extrême bienveillance avec laquelle il m'a toujours accueilli et les excellentes leçons qu'il a bien voulu me donner.

INTRODUCTION.

Comme tous les tissus délicats et subtils de l'organisme, souvent difficiles à démontrer le scalpel à la main, la membrane de l'humeur aqueuse a été le sujet de nombreuses dissidences entre les anatomistes. Nous allons essayer de montrer, dans un rapide aperçu historique, les phases diverses par lesquelles a passé l'histoire anatomique de cette membrane.

Signalée pour la première fois par Hovius en 1716, elle fut, quelques années plus tard (1729), indiquée par Duddel (1), puis successivement entrevue sur la cornée par Ferrein en 1732, Fabricius en 1741, sur la cornée et l'iris par Zinn en 1755 (2).

La première véritable description de cette membrane appartient à Descemet, qui, dans sa thèse (3), s'en attribua la découverte. Il la vit pour la première fois sur l'œil du cheval, et la décrivit comme une continuation de la lame ruyschienne de la choroïde, qui, « parvenue à l'endroit où la sclérotique forme la cornée, s'en écarte, s'insinue entre les fibres du ligament ciliaire, revêt la face postérieure de l'uvée, dont elle forme le limbe, se réfléchit ensuite sur la face antérieure de cette membrane, et se prolonge jusqu'à sa cir-

---

(1) *A treatise of the diseases of the horny-coat of the eye and the various kinds of cataracts;* London, 1729. Voici ce qu'il en dit au chapitre *Anatomie de l'œil,* et observat., p. 102 : « La membrane qui revêt la partie antérieure de l'uvée paraît être une continuation de la lame intérieure de la cornée, qui est cartilagineuse. »

(2) *Descriptio anatomica oculi humani iconibus illustrata ;* Gœttingue, 1755.

(3) *On sola lens crystallina cataractæ sedes?* 1758.

conférence ; de là elle se porte enfin, sous la forme d'une lame diaphane élastique, jusqu'à la concavité de la cornée, qu'elle tapisse, et à laquelle elle est adhérente en l'endroit qui correspond à la prunelle....... On peut lui donner le nom de *membrane de l'humeur aqueuse.* » Deux ans plus tard (1760), Descemet en donna une seconde description (1), et la fit provenir du cercle antérieur de la choroïde. Demours, en 1767 (2), crut à son tour l'avoir découverte; il avait pu la détacher sur l'œil d'un bœuf de toute la face postérieure de la cornée et dans l'étendue d'une ligne sur la face antérieure de l'iris, sans parvenir à la suivre plus loin. Cependant il pensa « qu'elle recouvre entièrement l'uvée, tant dans sa partie antérieure qu'à sa partie postérieure, et que se prolongeant sur les procès ciliaires, elle fournit une lame à la partie antérieure de la capsule du cristallin. » Dans plusieurs lettres polémiques (3), Descemet et Demours se disputèrent en termes assez vifs la priorité de la découverte. Jean Janin (1772) n'en parla que très-brièvement, sans formuler d'une façon précise sa manière de voir (4). Sabatier (1790) pense qu'elle se réfléchit de la cornée sur l'iris, mais qu'il n'est pas possible de la suivre jusqu'au bord pupillaire (5). Portal (1804) exprime la même idée (6). Tenon lui donna le nom de *ligament de l'iris*, reconnut qu'elle couvrait la face antérieure de l'iris et s'avançait sur la cornée (7). Wenzel se rattache à l'opinion

---

(1) *Mémoire et observations sur la choroïde*, dans *Mémoires des savants étrangers de l'Académie royale des sciences*, t. V, 1768.

(2) Lettre de Demours à Petit, 20 mars 1767; dans *Mélanges*, in-8°, t. LVII.

(3) *Journal de médecine et de chirurgie*, t. XXX, p. 334; t. XXXI, p. 445; t. XXXIII, p. 40.

(4) *Mémoires et observations anatomiques, physiologiques et physiques sur l'œil*, in-4°, p. 6 et 7; Paris, 1772.

(5) *Traité complet d'anatomie*, 3e édit., t. II, p. 81; Paris, 1790.

(6) *Cours d'anatomie générale*, t. IV, p. 442; Paris, 1804.

(7) *Mémoire d'anatomie*, 1806.

de Demours (1). D'après M. Ribes (2), elle ne recouvrirait que la face postérieure de la cornée, sans s'avancer sur l'iris. Demours fils (1818) crut devoir confirmer la description donnée par son père (3). Wardrop (1819) (4) considère cette membrane comme un sac séreux sans ouverture, qui tapisse complétement les deux chambres de l'œil et revêt la face antérieure du cristallin. Pour MM. H. et J. Cloquet (5), cette séreuse ne tapisserait que la chambre antérieure, sans pénétrer, dans aucun cas, dans la chambre postérieure, et ne formerait un sac sans ouverture que chez le fœtus, avant la rupture de la membrane pupillaire. X. Bichat (6) ne l'admet aussi que sur la face postérieure de la cornée et la face antérieure de l'iris, et ne croit pas qu'elle tapisse l'iris en arrière. M. Gillet de Grandmont (7) croit qu'elle forme un sac sans ouverture et tapisse les deux chambres; il ajoute cependant ne l'avoir vue, sur l'œil d'un lièvre, détachée que dans toute l'étendue de la face antérieure de l'iris. D'Ammon (8) dit qu'elle tapisse seulement la face postérieure de la cornée et la face antérieure de l'iris, sans s'étendre sur la face postérieure de ce diaphragme. Scarpa (9) croit aussi qu'elle ne dépasse pas l'ouverture pupillaire. Weller (10) admet l'opinion de

---

(1) *Manuel de l'oculiste*, p. 91; Paris, 1808.

(2) *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, 1816.

(3) *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 286; 1818.

(4) *Essays on the morbid anatomy of the human eye*, t. II, p. 1; London, 1819 (*General remarks on the aqueous humour and its capsule*).

(5) *Mémoire sur la membrane pupillaire;* Paris, 1818. — *Traité d'anatomie descriptive*, t. II, p. 250; Paris, 1822.

(6) *Traité d'anatomie descriptive*, t. II, p. 461; Paris, 1823.

(7) Thèse de Paris, 1823, p. 8.

(8) *Annales d'ophthalmologie*, t. II, p. 149; 1829.

(9) Trad. Léveillé et Rognetta, p. 115.

(10) *Traité des maladies des yeux*, traduit par Rayter, t. I, p. 241; Paris, 1832.

Wardrop, dont il cite la description. D'après M. Velpeau (1), cette membrane, après avoir tapissé la face postérieure de la cornée, ne paraît pas remonter au devant de l'iris, «dont le poli de la face antérieure indique une surface et non une membrane séreuse.» Carron du Villards (2) pense, à n'en pas douter, que de la cornée elle se réfléchit sur l'iris. M. Cruveilhier (3) n'admet qu'une troisième lame de la cornée, dont la réflexion ne peut être démontrée sur la face antérieure de l'iris, et il pense que c'est uniquement par induction que l'existence de la membrane de l'humeur aqueuse a été admise. Huschke (4) reconnaît que la couche séreuse de la cornée s'unit avec la lame antérieure de l'iris, laquelle, d'après le résultat de ses recherches sur les yeux d'embryons de mammifères, irait très-probablement recouvrir la face postérieure de l'uvée. Mackenzie (5) l'admet à la face postérieure de la cornée et sur la face antérieure de l'iris. M. Nélaton (6) semble adopter cette opinion. M. Richet (7), en parlant des chambres de l'œil, dit qu'elles sont tapissées par la membrane de Descemet dans toute leur étendue, sauf à la face antérieure du cristallin. M. Sappey (8) se range parmi les auteurs qui admettent «qu'elle passe de la cornée sur la face antérieure de l'iris, où elle se termine au niveau du cercle pupillaire; cette opinion, dit-il, me paraît la plus probable.» D'après cet anatomiste, cette

---

(1) *Anatomie chirurgicale*, p. 289 et 293; 1837.

(2) *Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux.*

(3) *Traité d'anatomie descriptive*, t. IV, p. 117; 1845.

(4) *Traité de splanchnologie et des organes des sens*, traduit par A. et L. Jourdan, p. 621 et 648; Paris, 1845.

(5) *Traité pratique des maladies de l'œil*, 4e édit., Warlomont et Testelin, t. II, p. 59; Paris, 1857.

(6) *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. III, p. 43.

(7) *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, p. 321; Paris, 1857.

(8) *Anatomie descriptive*, t. II, p. 708.

membrane est extrêmement mince et cependant résistante; son épaisseur ne dépasse pas $^{1}/_{150}$ de millimètre; elle offre une transparence parfaite que n'altère ni la coction, ni l'alcool, ni les acides. Si mince qu'elle soit, elle se compose de deux lames : une lame externe, composée de fibres-cellules très-pâles et très-fines, adhérentes au tissu de la cornée et de l'iris ; d'une lamelle épithéliale, composée de cellules irrégulièrement hexagonales, contenant un noyau très-apparent, et qui recouvre la face cornéenne de la membrane aussi bien que celle qui correspond à l'iris.

En résumé, nous voyons les anatomistes les plus distingués émettre sur le trajet et l'étendue de cette membrane des opinions très-diverses, qui peuvent se ramener à quatre chefs : pour les uns, elle ne recouvre que la face postérieure de la cornée; pour les autres, toute l'étendue des deux chambres; pour d'autres, toute la chambre antérieure, et se termine après avoir revêtu la face postérieure de l'iris; pour d'autres enfin, et ce sont les plus nombreux, elle se bornerait aux faces postérieures de la cornée et antérieures de l'iris, sans dépasser l'ouverture pupillaire. Sur un seul point, presque tous sont d'accord, celui de sa texture généralement admise comme séreuse. Presque tous aussi admettent qu'elle est destinée à sécréter l'humeur aqueuse.



DE

L'AQUO-CAPSULITIS

OU

INFLAMMATION DE LA MEMBRANE DE L'HUMEUR AQUEUSE.

Cette maladie doit encore être un sujet d'études pour le chirurgien, car elle est mal connue.

(Velpeau, *Kératite profonde; Leçons de clinique chirurgicale*, t. I, p. 150; 1840.)

HISTORIQUE.

La première description de l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse est due à Wardrop. Le premier, en 1819, ce chirurgien anglais en traça les symptômes d'une main de maître, avec une justesse et une lucidité remarquables. Il sut la différencier des affections des tissus voisins, observa qu'elle pouvait être générale ou partielle, primitive ou secondaire, et signala les différentes altérations de l'œil qui pouvaient en être la conséquence (1). Selon lui cette affection serait très-commune chez les chevaux, surtout chez ceux de pure race, les plus jeunes, les mieux nourris et les mieux soignés (2). Parmi les ophthalmologistes qui écrivirent depuis

(1) Wardrop, *loc. cit.*, chap. 16.

(2) *Loc. cit.*, p. 13.

Wardrop, les uns passèrent complétement cette affection sous silence; les autres refusèrent de l'admettre comme une maladie spéciale, ne trouvant pas de symptômes suffisants pour la caractériser; les autres la décrivirent sous des dénominations plus ou moins bien appropriées, suivant les idées qu'ils avaient adoptées sur l'étendue de la membrane de l'humeur aqueuse. Nous allons jeter un coup d'œil rapide sur leurs descriptions, et tâcher d'y saisir le point principal qui se rattache à ce chapitre de notre travail.

Schindler (1) décrivit cette affection sous le nom d'*iritis chronique,* suite de kératonyxis, puis reconnut plus tard (2) qu'elle pouvait survenir sous une influence diathésique et affecter trois formes: aiguë, subaiguë, chronique. Langenbeck (3) confirma les observations de Wardrop, et affirma que l'iritis chronique de Schindler n'était autre chose que l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse. Wedemeyer (4), Praël (5), reconnurent aussi son existence. Helling(6) l'appela *hydato-capsulitis;* Rosas(7), *kerato-iritis;* Fischer(8) la nomma *hydato-iditis;* Ammon, *iritis séreuse;* Weller (9) et Benedict la décrivirent sous le nom d'*iritis subaiguë*. Scarpa (10) l'appelle *hydrocapsulite*. Mackenzie (11) en donne une bonne description sous

---

(1) *Comment. ophthal. de iritide chronica ex keratonyxide suborta;* Vratislav., 1819.

(2) *Graefe und Walter Journ.*, t. XII, fasc. 2, p. 254; 1828.

(3) *Neue Bibl. für Chirurg. und Ophtalm.*, t. II, p. 373-441; 1820.

(4) *Langenbeck neue Bibl. f. Chir. u. Ophthalm.*, t. IV, p. 260-82; 1824.

(5) *Betrachtungen über einige Augenkrankheiten*, in Ammon *Zeitschr. für Ophthal.*, t. IV, p. 42-58.

(6) *Pract. Hand. d. Augenkrankh.*, t. I, p. 395-97; Berlin, 1821.

(7) *Handb. theor. und pract. Augenkr.*, t. I, p. 152.

(8) *Klinischer Unterricht in des Augen Heilkunde*, p. 27-329; Prague, 1832.

(9) *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, traduit par Ruster, t. I, p. 371; 1832.

(10) *Maladies des yeux*, Léveillé et Rognetta, p. 116.

(11) *Loc. cit.*

le nom d'*aquo-capsulitis*. A.-P. Demours, dans son traité des maladies des yeux, ne consacre pas un chapitre spécial à l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse. Il semble cependant l'admettre; car, à l'article *Hypopion* (1), il reconnaît que l'épanchement puriforme est fourni par la séreuse enflammée décrite par son père. M. Gillet de Grandmont, dans sa thèse sur l'iritis (2), admit que la lame séreuse antérieure de l'iris pouvait s'enflammer isolément, et pensa que la variété d'iritis considérée comme chronique était localisée dans cette partie de la membrane de l'humeur aqueuse. Dans son mémoire sur les kératites, M. Mirault, d'Angers (3), reconnaît l'inflammation de la membrane de Descemet.

M. J. Cloquet, à l'article *Hypopion* du Dictionnaire en 30 volumes, s'exprime en ces termes : « Il est le plus ordinairement la suite des inflammations violentes des tuniques internes de l'œil, et spécialement de la membrane très-fine qui revêt la face postérieure de la cornée et tapisse la chambre antérieure. » Cependant il ne donne pas de description particulière de cette inflammation. Pour Lawrence (4), il serait plus convenable de désigner cette maladie sous le nom d'*inflammation de la chambre antérieure*, parce que c'est dans cet espace que se constatent surtout les symptômes. Il ajoute que cette partie de l'œil est surtout chez les enfants le siége d'une inflammation idiopathique, indépendante des autres tissus de l'œil.

L'existence de cette affection n'échappa point à l'observation de M. Velpeau (5). Cet habile chirurgien, dans ses leçons de clinique, après avoir décrit, sous le nom de *kératite profonde*, l'inflammation de la lame séreuse de la cornée, qu'il regarde comme

---

(1) *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 286; 1814.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Archives générales de médecine*, t. III; 1823.

(4) *Traité des maladies des yeux*, trad. par Billard, p. 228 ; 1830.

(5) *Leçons de clinique chirurgicale*, t. I, p. 194.

plus commune qu'on ne le pense, parle ainsi : « Ces deux feuillets (séreuse qui tapisse la face antérieure de l'iris et lame profonde de la cornée) se continuent sans ligne de démarcation ; il est à peu près impossible que l'inflammation diffuse s'empare de l'une sans atteindre bientôt l'autre. C'est à cette nuance qu'il faut rapporter l'iritis séreuse de Fabini. » Nous trouvons au paragraphe *Inflammation de l'humeur aqueuse*, du *Manuel pratique des maladies des yeux*, d'après les leçons cliniques de M. Velpeau, par G. Jeanselme, le passage suivant : « Je ne sais jusqu'à quel point il est possible de séparer une iritis antérieure et une kératite profonde d'une inflammation de l'humeur aqueuse. Lorsque l'aquo-capsulite existe à l'état aigu, cette division est impossible ; il est même probable que c'est là ce qui a porté quelques praticiens à douter de l'existence de cette maladie qui va nous occuper un instant. Toutefois, quand l'inflammation est lente, elle peut exister seule et indépendamment des tissus voisins. » C'est en vain que nous avons cherché, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* en 15 volumes, un article qui traitât de notre sujet. Nous y avons vu cependant que Sanson admettait, sinon comme distincte, du moins comme certaine, l'inflammation de la capsule de l'humeur aqueuse; en parlant de l'ophthalmie rhumatismale, il dit que dans cette maladie on voit se manifester l'inflammation de la membrane de Descemet.

M. Sichel (1) regarde l'*aquo-capsulitis* comme très-rare, et la range dans sa quatrième classe des kératites. Pour lui, cette affection serait presque toujours secondaire, et ses symptômes seraient difficiles à constater. L'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse est seulement indiquée par Boyer (2), qui ne la croit jamais une affection primitive. Dans son traité des maladies des yeux (3), M. Desmarres

---

(1) *Traité de l'ophthalmie, la cataracte et l'amaurose;* Paris, 1837.

(2) *Traité des maladies chirurgicales.*

(3) *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, t. II, p. 410 ; Paris, 1855.

donne une bonne description de cette maladie, qu'il considère avec raison comme bien caractérisée par des symptômes spéciaux. MM. Warlomont et Testelin, dans les dernières éditions de Mackenzie (1), n'ont pas omis de lui consacrer un long chapitre sous le nom d'*aquo-capsulitis*. MM. Denonvilliers et Gosselin (2) réunissent, sous le titre d'*aquo-capsulite* et de *capsulite*, la description de l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse à celle de la capsule cristalline. D'après ces deux auteurs, ces deux affections ne peuvent exister indépendamment l'une de l'autre, pas plus qu'elles ne pourraient être séparées des kératites et de l'iritis, auxquels elles sont toujours liées. Dans la dernière édition du traité de pathologie externe de Vidal (de Cassis), donnée par M. Fano, où d'importantes additions ont été faites aux chapitres des maladies des yeux, nous ne trouvons pas cette affection décrite d'une manière spéciale ; sa description paraît comprise dans celles de la kératite profonde et de l'iritis séreuse.

M. Nélaton (3) ne parle que très-brièvement de l'*aquo-capsulite*, qui presque toujours, dit-il, revêt une forme chronique.

En définitive, sous les noms divers d'*inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse*, de *la membrane de Descemet*, de *Demours*, d'*iritis chronique*, d'*iritis subaiguë*, de *kérato-iritis*, *hydato-càpsulitis*, *hydato-iditis*, *descemetite*, *aquo-capsulitis*, *kératite profonde*, *kératite ponctuée*, *iritis séreuse*, etc. etc., les auteurs que nous venons de citer n'ont fait que décrire une seule et même affection, celle qui nous occupe, soit d'une manière complète, soit partiellement. Tant de dénominations différentes auraient pu être évitées, si les ophthalmologistes qui ont écrit sur ce sujet avaient voulu reconnaître, comme Wardrop l'avait très-bien observé, que la membrane de l'humeur aqueuse, malgré sa ténuité, pouvait, comme

---

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

(3) *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. III, p. 113.

toutes les autres séreuses, être prise d'inflammation générale ou partielle, primitive ou secondaire, aiguë ou chronique.

Les choses, en effet, ne se passent pas différemment dans la phlegmasie de la membrane de Descemet que dans celle de la plèvre, de l'endocarde, du péritoine, des méninges, du péricarde, etc. Nous voyons par exemple l'inflammation envahir toute l'étendue de la plèvre ou rester bornée à la plèvre médiastine, interlobulaire, diaphragmatique, ou à tout autre point circonscrit, pour s'étendre quelquefois plus tard à toute la surface pleurale; survenir spontanément ou à la suite de lésions organiques voisines, du poumon et des côtes, par exemple, et affecter enfin, selon les cas, une marche rapide ou lente; des péritonites, endocardites, méningites, suivre à peu près les mêmes lois. De même l'*aquo-capsulitis* peut débuter tantôt par la lame irienne de la séreuse oculaire, tantôt par la face postérieure de la cornée, pour devenir ensuite générale; tantôt s'emparer, du premier coup, de la surface séreuse tout entière, ou bien être consécutive à l'inflammation des tissus qui l'avoisinent; affecter une marche aiguë ou chronique, suivant les sujets et les causes, et faire participer à son état pathologique les tissus adjacents. Pour tout dire sur ce point, nous ajouterons en deux mots, que les phénomènes de l'inflammation offrent aussi la même ressemblance. Dans tous ces cas, en effet, on trouve, suivant les différents degrés, augmentation de la sécrétion physiologique, exsudation de lymphe coagulable qui, à défaut de résorption, peut s'organiser et former des adhérences, des épanchements sanguins, et, en dernier terme, du pus.

Dans quelques cas, rares à la vérité, on a vu aussi des ossifications se former dans l'épaisseur de la membrane de Descemet (Wardrop, Velpeau).

Ce sera sous ces points de vue que nous traiterons cette maladie, considérée tant dans son étiologie que dans ses symptômes et son évolution, lui conservant le nom d'*aquo-capsulitis,* qui nous semble le mieux approprié.

ÉTIOLOGIE.

Causes prédisposantes. — Les diathèses scrofuleuse, arthritique, goutteuse, rhumatismale, paraissent devoir être mises au nombre des causes de l'*aquo-capsulitis.* Plusieurs auteurs, Weller, Scarpa, Mackenzie, etc., admettent leur influence comme bien marquée. La blennorrhagie pourrait, de même qu'elle occasionne des synovites, déterminer aussi d'emblée, d'après Mackenzie, MM. Warlomont et Testelin, l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse, en lui imprimant un caractère de violence remarquable. La syphilis nous semble être une cause bien plus évidente. C'est en effet par la lame séreuse que débute le plus souvent l'inflammation syphilitique de l'iris, soit pour y rester localisée ou s'étendre au tissu même de ce diaphragme, ou, d'autres fois, comprendre toute la chambre antérieure. L'exposition au froid, à l'humidité, les variations brusques de température, la suppression de la transpiration, d'exutoires, l'âge adulte, le sexe masculin, ont été cités comme causes agissantes. Dans la plupart des ophthalmies (varioleuses, morbilleuses, scarlatineuses, purulentes, etc. etc.) un peu intenses, et principalement dans celles qui se terminent par hypopion, la capsule de l'humeur aqueuse est prise de phlegmasie. Enfin Mackenzie dit avoir vu l'*aquo-capsulitis* accompagner une espèce particulière d'ophthalmie survenue à la suite d'une fièvre épidémique, de forme typhoïde, observée à Glascow en 1843 et 1844 (*ophthalmie post-fébrile*).

Causes déterminantes. — Parmi celles-ci, nous citerons l'exposition à une lumière trop vive, l'excès d'exercice des yeux. Dans un cas assez singulier, une dent gâtée aurait pu amener une *aquo-capsulitis,* rapidement guérie par l'avulsion de cette dent (1). Nous cite-

(1) Mackenzie, *loc. cit.,* t. II, p. 57.

rons comme causes bien plus certaines et bien plus fréquentes : les lésions traumatiques de l'œil, les opérations qui intéressent les chambres de cet organe, surtout celles nécessitées pour la guérison de la cataracte, et, en première ligne, la kératonyxis.

Puis les blessures de toutes sortes de la cornée, les contusions du globe oculaire, les corps qui peuvent l'atteindre. Fischer (1) rapporte un cas très-net d'*aquo-capsulitis*, suite d'une introduction violente des doigts entre les paupières écartées. Les kératites, l'iritis, sont aussi des causes qui ne peuvent être niées; la maladie n'est alors que secondaire. Dans quelques cas enfin, elle peut se montrer sans que le chirurgien sache à quelle influence précise rattacher son origine.

SYMPTÔMES.

On peut les diviser en *objectifs, subjectifs* et *généraux*.

Symptômes objectifs. — Le globe de l'œil malade paraît dur, tendu et proéminent, ce qui tient à une surabondance de sécrétion de l'humeur aqueuse. Il offre en outre, dans la plupart des cas, un aspect brillant et humide. Pour quelques auteurs, entre autres Wardrop, Mackenzie, Fischer, la forme d'injection qui accompagne l'aquo-capsulite est celle désignée sous le nom de *radiée* (anneau sclérotidien de M. Velpeau, injection zonulaire de Mackenzie), c'est-à-dire « un cercle rouge de menus vaisseaux, sur la partie de la sclérotique qui correspond à l'injection de l'iris, laissant la sclérotique entre la cornée et ces vaisseaux à peu près avec sa couleur naturelle » (2). Nous ne pensons pas que cette forme de vascularisation pathologique existe toujours seule; car dans les trois

(1) *Loc. cit.*, p. 26, 27.

(2) Wardrop, *loc. cit.*

cas que nous avons rencontrés, la conjonctive oculaire présentait une injection plus ou moins vive, caractérisée par deux plans de vaisseaux : les uns superficiels, artériels, de couleur carmin, les autres profonds, veineux, de couleur lie de vin, partant des culs-de-sac de la conjonctive pour se rendre au limbe de la cornée, sur lequel ils n'empiètent point.

L'iris peut conserver, au début surtout, sa mobilité; mais le plus souvent on le trouve moins contractile, immobile même à la lumière diffuse.

Ce défaut de contractilité n'est cependant pas absolu; car, sous l'influence d'une lumière vive ou de la belladone, il peut reprendre ses mouvements ou se dilater encore. Nous reviendrons sur ce signe à propos du diagnostic. Sa couleur est modifiée ; elle n'est point totalement transformée, comme dans l'iritis véritable ou parenchymateuse; sa vivacité est seulement atténuée, elle a pâli, elle est devenue terne, quelquefois même comme villeuse dans une partie ou toute l'étendue de la surface. Ce changement est dû à une exsudation albumineuse variant suivant le degré de la phlegmasie. La pupille conserve sa forme naturelle, ou devient plus petite et affecte des irrégularités diverses si des synéchies se produisent. Presque toujours, et c'est là un signe important, le champ de cette ouverture est envahi, dès le début, par une opacité blanchâtre, légère au commencement, offrant l'apparence d'un petit nuage, d'une gaze excessivement ténue, tendue à travers la pupille, et quelquefois visible seulement, par l'éclairage latéral, avec une lentille convexe. Cette exsudation peut progressivement, si l'inflammation marche, acquérir une certaine densité, prendre peu à peu tous les caractères d'une fausse membrane, et entraîner, si elle ne se résorbe pas, l'oblitération complète de la pupille. Dans certains cas, cette exsudation de lymphe plastique ne reste pas bornée à la couche plus ou moins épaisse qui recouvre l'iris ou embarrasse le trou pupillaire, elle envahit encore la chambre antérieure; elle se présente tantôt sous la forme de flocons d'un blanc jaunâtre, qui peuvent devenir

la source d'adhérences, tantôt sous celle de filaments distincts, tantôt enfin sous la forme d'une fumée épaisse qui obscurcit complétement l'humeur aqueuse, et ne permet plus de voir au travers. Enfin, quand l'inflammation présente une certaine violence, une sécrétion purulente ou puriforme se produit, un hypopion survient alors. Quelquefois aussi, et notre 3ᵉ observation en offre un exemple, il peut se produire à la surface de la séreuse une exsudation sanguine, qui constitue un véritable hypohéma.

La cornée offre en même temps des modifications non moins remarquables. Sa face concave est trouble en totalité ou en partie; quelques auteurs ingénieux ont, avec justesse, comparé son aspect avec celui d'un verre de montre, dans l'intérieur duquel on aurait soufflé. Sur cette couleur terne, se détachent plus ou moins de petits points opalins, grisâtres, variant de dimensions, depuis celle d'une pointe d'aiguille ou d'épingle, jusqu'à celle d'un grain de millet, ou prenant l'apparence de taches plus ou moins étendues. Wardrop dit avoir vu, dans ces derniers cas, ces petits points entourés d'une auréole blanchâtre, moins foncée que la partie centrale, qui les fait, dit-il, ressembler à des yeux de caillous (*eyes of pebbles*).

Quand les choses en sont là, il est facile, par l'éclairage latéral, de s'assurer que la face profonde seule de la cornée est le siége de cette altération; les couches superficielles, en effet, conservent leur netteté et leur transparence. Il peut se faire que consécutivement, la phlegmasie s'étende au reste du tissu de la cornée; on rencontre alors les signes des kératites interstitielles et superficielles : ces modifications de la lame séreuse de la cornée peuvent être assez légères pour permettre d'apercevoir l'iris, tantôt assez nettement, tantôt comme à travers un brouillard ; d'autres fois le trouble est tellement intense, qu'il masque complétement ce qui se passe derrière la cornée.

Symptômes subjectifs.—Le trouble de la vision est un des premiers et des plus constants symptômes qui frappent le malade, et l'enga-

gent à venir consulter le chirurgien. Il se plaint d'avoir la vue moins nette, les objets sont devenus moins distincts, il ne les aperçoit qu'à travers une sorte de brouillard; s'il sait lire, il ne peut distinguer des caractères ordinaires d'imprimerie, et c'est quelquefois avec peine s'il peut en déchiffrer d'assez gros. Cette diminution de la vue paraît augmenter en raison directe des fausses membranes pupillaires et des troubles de l'humeur aqueuse; elle peut même arriver jusqu'à une cécité complète de l'œil affecté. En même temps, le malade se plaint d'éprouver dans l'œil une sensation de tension et de plénitude gênante, accompagnée de douleurs sus-orbitaires ou circumorbitaires, plus ou moins vives, qui, selon quelques auteurs, se propageraient dans les parties latérales et postérieures du crâne; ces douleurs, qui manquent dans plusieurs cas, n'offrent pas de caractères spéciaux; elles peuvent dans quelques autres se montrer et disparaître tour à tour, et diminuent avec le degré d'inflammation. D'après Wardrop, Mackenzie, M. Desmarres, la paracentèse de l'œil les ferait presque subitement cesser. En général la photophobie n'est pas très-prononcée. Le larmoiement peut être assez abondant.

Symptômes — généraux. Pour quelques ophthalmologistes, cette affection pourrait être accompagnée d'une réaction générale plus ou moins marquée, se manifestant par un pouls fréquent et dur, de la chaleur de la peau, une langue chargée, du dérangement des fonctions digestives. Dans les cas qui se sont présentés à notre observation, les symptômes généraux ne se sont pas montrés, la réaction a été nulle.

Voici les observations que nous avons recueillies à la clinique de M. Fano.

OBSERVATION Ire.

Inflammation de la membrane de Descemet; kératite ponctuée profonde; fausses membranes pupillaires (onctions hydrargyriques belladonées et ventouses); résorption des fausses membranes. Guérison.

C....., 23 ans, bijoutier, se présente à la clinique de M. Fano le 18 février 1851. Il est d'un tempérament légèrement lymphatique; il affirme n'avoir jamais eu d'affection vénérienne. Il y a *quinze jours*, il a commencé à voir un peu trouble des deux yeux; on lui a prescrit un collyre astringent. Au bout de huit jours, la vue était troublée davantage. Actuellement l'œil gauche offre une injection de la conjonctive scléroticale; il existe tout autour de la cornée *des vaisseaux très-fins, parallèles entre eux, de couleur carmin, n'anticipant nulle part sur la cornée elle-même.* Le reste de la conjonctive scléroticale présente une injection irrégulière, constituée par deux plans de vaisseaux, l'un superficiel et artériel, l'autre profond et veineux. La cornée semble trouble dans une partie; on distingue dans l'épaisseur de cette membrane et profondément plusieurs petites taches de la grandeur d'une pointe d'épingle; en regardant obliquement la cornée, il est facile de voir que ses lames superficielles sont intactes et transparentes; la pupille est petite et non contractile: on y aperçoit un nuage; l'iris semble terne et comme villeux à sa partie inférieure. L'œil droit offre des symptômes analogues; les deux yeux paraissent brillants et humides : ils sont durs à la pression; C..... ne lit distinctement que des caractères assez gros; pendant qu'on examine l'œil, il y a un larmoiement abondant. Après l'instillation d'une goutte d'atropine dans chaque œil, la pupille gauche prend une forme quadrilatère et oblongue dans le sens transversal; la droite prend une forme triangulaire à base tournée en bas. Par l'éclairage latéral à la lampe, on distingue dans l'aire de chaque pupille une légère opacité blanchâtre, véritable exsudation pseudo-membraneuse, sur laquelle existent par places de petits corpuscules d'un noir brillant, formés par un dépôt de pigment iridien. — Ventouse scarifiée à chaque tempe, onction hydrargyrique belladonée au 20e sur les orbites; purgatif.

19 février. La pupille gauche est plus régulière, mais médiocrement dilatée; la pupille droite est de forme ovalaire et plus largement dilatée; le malade lit des caractères d'imprimerie plus petits qu'hier; la conjonctive scléroticale présente la même injection. Par l'éclairage latéral à la lampe, on constate que la fausse membrane droite est presque complétement résorbée; le contour de la pupille offre en plusieurs points des adhérences avec la cristalloïde; il reste dans

l'aire de la pupille des dépôts de pigment iridien. A gauche, la fausse membrane semble plus mince qu'hier, mais existe toujours ; plusieurs points, d'un noir brillant (pigment iridien), sont déposés sur la fausse membrane. — Ventouse scarifiée à la tempe gauche, onctions hydrargyriques belladonées.

Le 21. Il reste encore un léger trouble de la pupille gauche, qui est dilatée et assez régulière ; la pupille droite paraît nettoyée , à la partie inférieure de cette pupille, existe une synéchie postérieure. Le malade commence à distinguer des caractères d'imprimerie ordinaires ; il lit mieux de l'œil gauche que du droit. — Continuer les onctions hydrargyriques belladonées.

Le 22. L'injection du bulbe diminue de plus en plus ; la vision est toujours meilleure à gauche ; des deux yeux le malade lit très-bien des caractères d'imprimerie ordinaires ; la pupille gauche est régulière, la droite encore un peu allongée dans le sens transversal ; les cornées offrent le même état. Par l'éclairage latéral à la lampe, on constate dans l'aire de la pupille gauche une fausse membrane excessivement ténue, sur laquelle sont disposées, de distance en distance, des granulations pigmentaires ; la pupille droite est dégagée , mais reste déformée par la synéchie postérieure ; la cornée droite est un peu plus trouble que la gauche.

Le 26. Disparition de l'injection du bulbe ; les pupilles sont contractiles , les fausses membranes sont complétement résorbées ; la vue est toujours moins nette à droite qu'à gauche, mais le malade nous apprend que depuis longtemps l'œil droit est plus faible que le gauche.

2 mars. La pupille gauche est régulière, bien nette, si ce n'est à la circonférence, où il existe encore des corpuscules de pigment qui s'avancent dans l'aire même de la pupille ; de ce côté, il est impossible de voir la pupille optique à l'ophthalmoscope. Il reste encore quatre ou cinq petits points opaques dans l'épaisseur de la moitié inférieure de la cornée ; à droite, la pupille est encore un peu oblongue dans le sens transversal, contractile, avec une synéchie postérieure à la partie inférieure ; des corpuscules de pigment sont déposés sur la circonférence de l'aire de la pupille ; la vision reste meilleure à gauche.

Réflexions. Cette observation donne une idée très-nette de l'*aquocapsulitis,* à marche subaiguë, et survenue sans cause déterminante bien appréciable. Nous y rencontrons tous les symptômes caractéristiques bien accusés, et en outre un phénomène qui mérite d'être noté : c'est la présence de granulations de pigments sur la fausse membrane pupillaire. Voici comment nous croyons pouvoir l'expli-

quer : la fausse membrane qui s'est formée dans le trou pupillaire n'adhère pas seulement au bord antérieur de cet orifice, mais encore au bord postérieur. Si on force la pupille à se dilater, la fausse membrane, qui ne peut suivre entièrement le mouvement de l'iris, retiendra sur elle les granulations pigmentaires correspondantes à ses points d'insertion. Ces granulations se montrent alors sous l'apparence que nous avons constatée. La formation assez prompte de synéchies postérieures prouve combien il est bon d'user dès le début de la belladone. La résolution de la phlegmasie et la résorption presque complète des sécrétions plastiques nous font voir en même temps quels avantages on peut retirer d'un traitement antiphlogistique bien entendu.

OBSERVATION II.

Fausse membrane pupillaire ancienne à gauche, avec abolition totale de la vision ; inflammation d'abord lente, puis aiguë, de la membrane de Descemet, du côté droit ; exsudations plastiques dans le champ de la pupille, et plus tard dans la chambre antérieure ; ulcération de la cornée ; hernie de l'humeur vitrée.

R....., 60 ans, cordonnier, se présente à la clinique de M. Fano le 27 novembre 1860 ; il nous apprend qu'il y a environ huit ans, il a perdu la vue du côté gauche, à la suite, dit-il, d'une fièvre. Jusques avant-hier, l'œil du côté droit était bon ; c'est seulement à huit heures du soir qu'il s'est aperçu d'un trouble de la vue de ce côté. Depuis un certain temps, le patient ne pouvait lire de petits caractères d'imprimerie de ce même œil, qu'à l'aide de verres convexes, n° 10 ; il affirme n'avoir jamais eu aucune maladie vénérienne.

État actuel. — OEil gauche. Le globe est mou à la pression, l'iris tremblant ; la pupille est remplie d'une membrane, d'aspect blanchâtre, présentant par places quelques petites lacunes, et adhérente à toute la circonférence de la pupille, qui offre encore, en certains endroits, un petit liséré noir. De cet œil, R..... ne distingue pas même le jour ; les phosphènes manquent.

OEil droit. Le globe possède tous ses mouvements ; la pupille est dilatée, mais non contractile ; l'iris est fortement bombé en avant, d'où un effacement presque complet de la chambre antérieure. Le malade se plaint de voir trouble. A l'examen ophthalmoscopique, on constate que la papille optique est normale ; les veines

rétiniennes paraissent un peu distendues. Est-ce un état pathologique ou un état physiologique? Le malade se plaint de voir les objets troubles; il ressent de la douleur dans la région sus-orbitaire droite. — Ventouse scarifiée à la tempe.

28 novembre. La vue n'est plus trouble, et le malade n'éprouve plus aucune douleur dans la région sus-orbitaire. Nous constatons que le globe du côté droit est plus volumineux que le gauche; mais cette différence n'est probablement que relative, l'œil du côté gauche ayant subi une légère atrophie.

Le 30. R..... nous dit qu'il aperçoit de temps en temps des étincelles; la pupille est toujours immobile, la chambre antérieure presque complétement effacée. — Une sangsue dans la narine droite.

1er décembre. Le malade nous dit que son œil est dégagé; la pupille est contractile. R..... ne voit plus de brouillard en ouvrant les yeux; il a encore aperçu quelques étincelles. A l'examen ophthalmoscopique, la papille optique et les vaisseaux rétiniens sont moins nettement vus que la veille. — Purgatif.

Le 5. La vue n'est plus trouble; la pupille a une contractilité obscure; la chambre antérieure est toujours complétement effacée; l'iris bombe en avant. R..... n'a pas interrompu son travail. A l'examen ophthalmoscopique, les veines de la rétine paraissent toujours un peu distendues; la papille optique est très-apparente.

Le 10, le malade distingue très-bien les objets, il n'aperçoit plus d'étincelles; la papille optique n'est plus aussi nettement dessinée, les artères de la papille se voient aussi moins bien.

Le 29. Le malade se représente à la clinique, il se plaint que, depuis hier, la vue est devenue trouble. La *conjonctive oculaire présente une injection générale;* la plupart des vaisseaux occupent le tissu cellulaire sous-conjonctival, qui est en même temps œdématié ; d'autres semblent avoir leur siége dans la sclérotique; la cornée est saine; l'iris offre une couleur *bleu sale,* et est fortement projeté en avant, si bien que la chambre antérieure a presque complétement disparu; la pupille est *un peu irrégulière, assez dilatée, un peu trouble.* Le globe oculaire tout entier est *beaucoup plus dur à la pression* que celui du côté gauche ; *on sent manifestement qu'il est tendu.* Le malade *ne peut lire ;* il distingue vaguement les aiguilles d'une montre; il se plaint de douleurs circumorbitaires. — 2 sangsues dans la narine droite; purgatif drastique; pédiluves.

Le 31. R..... nous apprend que la purgation a agi énergiquement, que les sangsues ont produit une déplétion copieuse. Aujourd'hui l'état local de l'œil est le même; conjonctive oculaire toujours fortement injectée, chambre antérieure effacée, iris sale, pupille oblongue de haut en bas, et légèrement trouble, à teinte

verdâtre. Les douleurs circumorbitaires ont disparu ; le globe semble moins dur. Avec une aiguille à paracentèse, M. Fano fait une ponction à la partie interne de la cornée; il s'écoule environ une demi-cuillerée à café d'humeur aqueuse. Après la ponction, le malade dit qu'il voit mieux; l'iris est moins terne. Avec le miroir ophthalmoscopique, il est impossible de voir le fond de l'œil, les milieux réfringents étant troubles. — Vésicatoire volant sur l'orbite.

2 janvier 1861. La vue a encore diminué; ainsi R..... distingue les doigts de la main, sans pouvoir en compter le nombre. La conjonctive est toujours injectée, la sclérotique ne le paraît pas; l'iris est terne, la pupille oblongue de haut en bas. M. Fano pratique une nouvelle ponction de la cornée; cette fois il ne s'écoule que quelques gouttes de liquide. Après cette ponction, le malade dit qu'il voit des étincelles; la vue n'est pas plus claire. A l'ophthalmoscope, il est impossible de voir le fond de l'œil, à cause du trouble des milieux réfringents. Par l'éclairage latéral à la lampe, on constate que la pupille renferme des *flocons de fausse membrane*. — Instillation d'atropine, onctions hydrargyriques belladonées sur l'orbite, 60 centigrammes de calomel divisés en 12 paquets, à prendre 1 paquet par heure; sinapismes sur les membres inférieurs.

Le 3. Même état. On constate, *à la lumière du jour*, que la pupille est remplie d'exsudations plastiques. Il ne voit pas la main qui passe devant l'œil; il a pris 9 des paquets de calomel; il a eu une garde-robe. — Continuer les onctions hydrargyriques belladonées, répéter le calomel aux mêmes doses.

Le 4. La paupière supérieure est un peu œdémateuse, la joue droite légèrement tuméfiée. La conjonctive oculaire est soulevée par une infiltration du tissu cellulaire subjacent; l'injection de la conjonctive en ressort d'autant mieux; l'iris est un peu moins terne; la pupille renferme des exsudations, d'un reflet plus brillant qu'hier. Le malade ne voit plus, dit-il, qu'une lueur; il accuse une douleur continue dans toute la moitié droite du crâne, douleur qui l'a empêché de dormir. La bouche exhale une odeur mercurielle; il n'y a eu qu'une garde-robe hier, et une autre ce matin. — 45 grammes de sulfate de soude; onctions hydrargyriques belladonées; une pilule de 5 centigrammes d'extrait de belladone, et de 1 centigramme d'opium le soir.

Le 5. Une heure après l'administration du purgatif, les douleurs de tête ont cessé; le malade a eu de nombreuses garde-robes; il a dormi la nuit. Aujourd'hui la conjonctive est un peu moins injectée, l'œdème sous-conjonctival moins prononcé; il existe sur la conjonctive, à la partie inférieure, quelques exsudations de mucus épais; la pupille est dans le même état. Le malade ne voit, dit-il, qu'une lueur; la joue droite est toujours un peu tuméfiée; la bouche exhale toujours une odeur mercurielle. — Continuer les onctions hydrargyriques belladonées sur l'orbite.

Le 7. La conjonctive oculo-palpébrale est toujours injectée; une exsudation de matière plastique occupe la chambre antérieure, et masque la plus grande portion de la face antérieure de l'iris; la pupille renferme toujours les mêmes exsudations que les jours précédents; la sensation de la lumière est plus vive pour le malade; la muqueuse buccale offre les plaques blanches de la stomatite mercurielle. — Suspendre les onctions hydrargyriques; potion avec 4 grammes de chlorate de potasse.

Le 8. Même état. La potion n'a pas été donnée hier. — Lotions d'eau blanche sur l'œil; potion, 4 grammes de chlorate de potasse.

Le 9. Même état. Le malade commence à manger. — Même traitement.

Le 10. Le malade accuse une douleur continue dans la région sus-orbitaire droite; la conjonctive est toujours injectée, cette injection *est constituée par des vaisseaux très-fins, de couleur carmin, s'étendant des culs-de-sac conjonctivaux à la circonférence de la cornée, sensiblement parallèles entre eux.* Il semble y avoir une exsudation plastique dans l'épaisseur de la cornée. R..... distingue vaguement la main que l'on passe devant l'œil. La stomatite mercurielle s'améliore. — Collyre au nitrate d'argent, 0 gr. 05 pour 30 gr. d'eau distillée.

Le 12. Conjonctive oculaire toujours injectée et de la même manière; à la partie inférieure de la cornée, à 1 millimètre de la sclérotique, existe une ligne demi-circulaire couleur de craie; à la partie supérieure de la chambre antérieure, exsudation blanc verdâtre. Pupille complétement cachée par une autre exsudation plus terne que la précédente, appliquée contre la face postérieure de la cornée. Le malade distingue la lumière et l'ombre d'un corps qu'on fait passer devant l'œil. La stomatite va de mieux en mieux. — Purgatif salin; collyre au nitrate d'argent.

Le 14. L'exsudation de la chambre antérieure semble avoir un peu diminué; à la partie supérieure du bord interne de la cornée, existe un petit point noir (myocéphalon); l'injection conjonctivale a diminué par places. Même état de la vision. — Vésicatoire volant sur la région sus-orbitaire.

Le 16. L'injection conjonctivale est moins prononcée; il existe vers la partie interne de la cornée, à environ 2 millimètres de la sclérotique, une ulcération comprenant toute l'épaisseur de la cornée, ulcération de forme demi-circulaire; *à travers cette perte de substance, fait saillie une petite masse transparente, ayant tous les caractères de l'humeur vitrée.* Le malade dit qu'il distingue mieux que les jours précédents; il n'y a pas de douleurs sus-orbitaires. — Collyre au nitrate d'argent; vin de quinquina.

Le 17. L'ulcération de la cornée s'est un peu agrandie; l'humeur vitrée fait toujours une petite saillie à travers. Même état de la vision. — On touche les

bords de la perte de substance de la cornée avec un crayon de pierre infernale.

Le 18. Une exsudation blanchâtre recouvre la place occupée par l'ulcération de la cornée qui a été touchée hier avec la pierre infernale; une grande portion de la cornée est infiltrée de lymphe plastique. — Collyre au nitrate d'argent; vin de quinquina.

Le 19. L'ulcération de la cornée s'est agrandie, il s'en écoule une petite quantité d'humeur vitrée. La conjonctive oculaire est toujours injectée. — Vin de quinquina ; collyre.

Le 21. La partie circonférentielle de la cornée s'éclaircit; il y a toujours encore de la lymphe plastique dans la chambre antérieure, excepté vers la circonférence, là où la cornée paraît redevenir transparente. L'ulcération de la cornée n'a pas fait de progrès, elle est recouverte d'une exsudation plastique. Le malade ne distingue pas le jour. — Vin de quinquina ; alimentation.

Le 23. Même état; le malade, placé d'abord dans l'obscurité, est impressionné par la flamme d'une lampe qu'on place brusquement devant l'œil.

Le 26. La cornée a conservé de la transparence vers la périphérie; dans le reste de son étendue, elle est moins résistante et se laisse déprimer avec facilité; l'ulcération ne fait pas de progrès. Le malade se plaint de nouveau de douleurs orbitaires. — Vésicatoire volant sus-orbitaire ; collyre au sulfate de zinc.

Le 28. Les douleurs sus-orbitaires ont disparu ; la cornée s'éclaircit.

6 février. La cornée s'éclaircit de plus en plus à la périphérie; aujourd'hui, on voit l'iris à travers cette portion de la cornée ; vers le tiers supérieur de cette membrane, existe une ulcération linéaire. Le malade distingue la lumière du jour et a conscience du passage d'un corps étranger, de la main par exemple, au devant de l'œil.

Le 14. La cornée s'éclaircit de plus en plus à la circonférence ; vers la partie interne et inférieure de cette membrane, existe une dépression en forme de coup d'ongle, trace de l'ulcération, cicatrisée aujourd'hui, dont la cornée a été frappée antérieurement.

Le 25. La cornée est devenue parfaitement transparente à la partie supérieure et externe de la circonférence, dans une étendue d'environ 2 millimètres; dans toute cette partie, se voit en arrière l'iris. Le reste de la cornée offre un aspect opalin ; vers la partie inférieure et interne, existe toujours une dépression en coup d'ongle, trace de l'ulcération. Le malade distingue toujours la lumière du jour et l'ombre des doigts qui passent devant l'œil.

7 mars. M. Fano fait une tentative pour établir une pupille artificielle à la partie supérieure du globe, dans le point où la cornée a conservé sa transpa-

rence. Un couteau lancéolaire est enfoncé à la partie supérieure de la circonférence de la cornée ; par cette plaie, il introduit une pince courbe à iris, mais il fait de vains efforts pour saisir une partie du diaphragme oculaire. Il renouvelle la tentative à plusieurs reprises, mais infructueusement. L'iris a probablement subi un ramollissement qui l'empêche d'être saisi par les mors de la pince. — Occlusion des paupières avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre ; compresses d'eau froide sur l'œil ; purgatifs ; sinapismes aux membres inférieurs.

Le 8. Pas de signes de phlegmasie de l'œil ; le malade distingue l'ombre d'un objet qu'on passe devant l'œil.

Le 9. Même état ; impossible de reconnaître un objet. A la partie supérieure, la cornée offre une teinte roussâtre due probablement à quelques gouttelettes de sang placées derrière elle. — Collyre astringent.

Réflexions. Le cas de R..... est une preuve de la violence inattendue que peut revêtir cette inflammation, et des graves complications qu'elle peut amener. Si nous voulions juger de la paracentèse de l'œil par le sujet de cette observation, chez lequel deux ponctions ont été faites à la cornée, par M. Fano, nous serions conduit à penser qu'elle n'offre pas tous les bénéfices signalés par les oculistes qui l'ont recommandée. Le seul profit, en effet, qu'en ait retiré R..... a été une simple amélioration momentanée, mais très-éphémère de la vision, une diminution de l'aspect terne et sale de l'iris. Mais l'inflammation n'a pas retrogradé ; elle a suivi sa marche, les exsudations plastiques sont survenues, etc. etc. ; et malgré tous les efforts les mieux dirigés, un résulat fâcheux n'a pu être évité.

Nous devons l'observation qui va suivre à l'obligeance de notre maître M. Fano, qui a bien voulu nous permettre de la citer ici.

OBSERVATION III.

Iritis syphilitique à droite, coïncidant avec une syphilide papulo-squameuse de la tête ; guérison. Plus tard, iritis séreuse ou inflammation de la membrane de Descemet, à gauche ; guérison.

M. X....., 45 ans, commerçant, eut, à la suite de chancres de la verge, une syphilide papulo-squameuse du cuir chevelu (le malade est chauve), du front et

des membres. Bientôt après, l'œil droit fut atteint d'une *iritis* des mieux caractérisées. Je le soumis à un traitement interne par le proto-iodure d'hydrargyre, à une médication locale constituée par des onctions sur l'orbite avec l'onguent hydrargyrique belladoné, collyre au nitrate d'argent, etc. Sous l'influence de ces moyens, l'iritis fut enrayée dans sa marche, le malade recouvra rapidement la vision; toutefois, malgré l'instillation d'un collyre d'atropine, la pupille resta légèrement déformée.

M. X..... cessait de me voir depuis quelques jours; il avait pris environ 1 gr. 50 centigr. de proto-iodure d'hydrargyre, lorsqu'il se présenta à ma consultation, se plaignant de ne plus voir distinctement de l'œil gauche, qui avait conservé jusque-là toute l'énergie visuelle. Je constatai que la conjonctive oculaire présentait une injection générale, caractérisée par des vaisseaux d'un rouge-carmin parallèles les uns aux autres, s'étendant des culs-de-sac de la conjonctive vers la cornée. *L'iris ne présentait aucune altération, la pupille n'était nullement déformée;* mais, par l'éclairage latéral à la lumière naturelle, j'aperçus distinctement un *trouble dans l'aire de la pupille;* il y avait dans ce point comme un nuage, le malade ne pouvait lire les caractères d'un journal. J'appliquai une ventouse scarifiée à la région temporale, j'administrai des purgatifs, je revins aux sangsues à la tempe; cette médication ne produisit aucun amendement dans la vue, qui restait toujours trouble, pendant qu'à droite la vision continuait à être nette.

Quelques jours plus tard, je pratiquai des scarifications sur les vaisseaux de la conjonctive, afin d'obtenir une évacuation sanguine locale.

Le lendemain, lorsque M. X..... vint me revoir, il existait un *épanchement sanguin* dans la chambre antérieure, un véritable hypohéma. Convaincu que le traitement antiphlogistique était impuissant, je soumis, à partir de ce jour-là même, le malade à la médication antisyphilitique par le proto-iodure d'hydrargyre, dont il prit 2 pilules de 5 centigrammes chaque, par jour. L'épanchement sanguin de la chambre antérieure se résorba en quelques jours, la pupille perdit l'aspect nuageux, et bientôt M. X..... put relire sans fatigue un journal. J'ajoute que la syphilide papulo-squameuse de la tête et des membres a complétement guéri sous l'influence de la médication dirigée contre l'iritis.

Réflexions. L'existence d'une iritis syphilitique à droite n'était pas douteuse; le diagnostic de l'affection oculaire du côté gauche a été difficile, parce que l'iris n'a présenté aucun changement de couleur, que la pupille n'a pas été déformée et qu'il a fallu se servir de l'é-

clairage latéral à la lumière naturelle pour apercevoir le trouble de la pupille. C'était là, avec l'injection particulière de la conjonctive, *les seuls signes* anatomiques coïncidant avec une diminution très-apparente de la vue de ce côté. En résumé, je pense qu'il a existé chez M. X..... une iritis séreuse à gauche, ou une inflammation de la membrane de Descemet, inflammation de nature spécifique.

FORMES, MARCHE, TERMINAISON.

Comme nous l'avons fait remarquer plus haut, l'inflammation de la membrane de Descemet peut être primitive ou secondaire. Elle peut aussi du premier coup envahir toute la séreuse, mais le plus souvent elle débute par la face profonde de la cornée ou la face antérieure de l'iris, pour y rester limitée ou, suivant les cas, s'étendre au reste de la membrane. Son évolution peut être aiguë et rapide (1); en général elle est lente et de forme chronique.

Les symptômes se montrent dans l'ordre suivant : d'abord, et presque en même temps, diminution de la vision, aspect terne de l'iris, exsudation pupillaire, trouble de la cornée, injection du globe oculaire devenu dur et tendu. Ils sont, en quelque sorte, caractéristiques. Puis les douleurs circumorbitaires apparaissent.

Ces symptômes disparaissent peu à peu si l'inflammation marche vers la résolution, et l'œil revient aussi peu à peu à son état normal.

Si au contraire la phlegmasie subsiste, l'exsudation plastique devient plus abondante, plus épaisse; des synéchies se forment, la chambre antérieure se trouble de plus en plus, les opacités de la cornée augmentent, la vision devient de moins en moins nette. Lors-

---

(1) D'après Wardrop, cette forme serait la plus ordinaire chez le cheval. Il aurait vu souvent chez cet animal la chambre antérieure de l'œil remplie en quelques heures d'exsudations plastiques.

que après ce degré la guérison s'effectue, la pupille, déformée par les adhérences, reste plus ou moins longtemps irrégulière. L'inflammation vient-elle à s'accroître, sous une cause quelconque, les symptômes que nous venons d'énumérer prennent une intensité plus grande encore. La vision disparaît presque complétement ou tout à fait; le parenchyme de l'iris, si cela n'a pas eu lieu déjà, s'enflamme, une kératite plus ou moins intense arrive, qui peut donner lieu à des ulcérations de la cornée; les douleurs deviennent très-vives. Un hypopion peut se former et l'œil courir le risque de se vider, si l'art n'intervient pas.

La *durée* de cette affection est variable. Les symptômes peuvent disparaître en quelques jours (obs. 3); d'autres fois au contraire ils durent des mois entiers, et sont susceptibles d'offrir des alternatives d'amélioration et de recrudescence.

L'aquo-capsulitis se termine de plusieurs façons différentes: ou par résolution, et c'est heureusement le cas le plus fréquent; ou bien elle laisse après elle des taches de la cornée, des synéchies, l'oblitération de la pupille, l'hydropisie de l'œil, l'hypopion, et même l'ossification de la cornée. Nous dirons un mot de quelques-unes de ces altérations au chapitre du traitement.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'aquo-capsulitis peut offrir certaines difficultés, si, comme cela arrive, quelques-uns des symptômes décrits précédemment viennent à faire défaut, s'ils sont à peine marqués, ou dissimulés par d'autres, appartenant aux affections des tissus voisins. Lorsque au contraire ils sont bien accusés et apparents, l'hésitation n'est guère possible.

Trois affections surtout paraissent devoir être différenciées de la maladie qui nous occupe: la kératite, l'iritis, et l'amaurose commençante; on ne trouve pas dans la kératite cette tension, cette proéminence du globe de l'œil, avec saillie de la cornée en avant, ac-

compagnée d'un aspect brillant qui existe dans l'aquo-capsulitis. Dans l'inflammation de la cornée, les altérations, les taches, siégent à la superficie; elles existent au contraire à la face profonde dans l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse.

L'éclairage latéral (1) fait, nous l'avons déjà dit, constater, si les deux affections ne se compliquent pas mutuellement, que les lames extérieures de la cornée sont lisses et saines; enfin, dans la kératite vraie, l'humeur aqueuse n'est pas troublée.

Lorsque le parenchyme de l'iris est enflammé, toute mobilité a complétement disparu dans ce diaphragme; la pupille ne se contracte plus sous l'influence d'une lumière vive, elle n'obéit plus à l'action de la belladone. Sa couleur est entièrement changée; les douleurs sont pulsatives et se font sentir dans le fond de l'orbite. Dans l'aquo-capsulitis au contraire, si l'iris semble immobile à la lumière diffuse, il reprend ses mouvements sous l'influence d'une lumière un peu vive, et la pupille se dilate toujours par la belladone; la couleur paraît simplement terne, salie; la sensation douloureuse existe principalement au-dessus ou autour de l'orbite.

Pour ce qui concerne l'amaurose commençante, nous dirons que l'éclairage latéral, à la lumière naturelle ou artificielle, servira encore à éclaircir la question, en faisant découvrir la fausse membrane pupillaire. Du reste, l'ophthalmoscope pourra venir aussi prêter son concours et résoudre la difficulté.

---

(1) Ce moyen d'investigation nous paraît des plus importants et ne devoir jamais être négligé dans l'étude pathologique de l'œil. Bien souvent nous avons pu, sous la direction de M. Fano, apercevoir, à l'aide de ce mode d'éclairage, des altérations qui certainement auraient échappé à la simple vue.

PRONOSTIC.

Il nous paraît assez grave. Certainement dans beaucoup de cas la résolution est complète, mais nous savons que dans d'autres moins heureux l'aquo-capsulitis laisse à sa suite des modifications pathologiques qui troublent la vision d'une manière plus ou moins profonde et durable. La forme aiguë est la plus fâcheuse; il est rare qu'elle reste limitée à la membrane de l'humeur aqueuse.

Le chirurgien, nous semble-t-il, devra toujours se défier de la forme chronique, et ne pourra pas se prononcer à l'avance; car elle peut revêtir une violence inattendue et entraîner de graves conséquences.

TRAITEMENT.

Les indications à remplir sont les suivantes : faire cesser l'inflammation, prévenir les adhérences, favoriser la résorption des produits plastiques, quand il n'a pas été possible d'en arrêter la sécrétion.

Pour combattre l'inflammation, on devra s'adresser naturellement aux antiphlogistiques. On emploiera les saignées locales : ventouses scarifiées à la tempe du côté malade, sangsues au même endroit ou dans la narine correspondante. Leur action sera aidée par des dérivatifs plus ou moins puissants : purgatifs modérés ou drastiques, bains de pieds sinapisés, sinapismes aux membres inférieurs. Les vésicatoires volants, répétés au-dessus de l'orbite ou sur la tempe, peuvent rendre de très-bons services; quelques auteurs recommandent les sétons à la nuque dans les cas graves. Les mercuriaux seront administrés avec avantage : à l'intérieur, le calomel à doses fractionnées; sur l'orbite, des onctions d'onguent hydrargyrique additionné d'extrait de belladone. Ils réussissent souvent très-bien à empêcher l'exsudation des produits plastiques, et à enrayer la ma-

ladie, surtout si elle a pris naissance sous l'influence de la syphilis. Mackenzie dit s'être très-bien trouvé de l'emploi de l'émétique ; Carmichaël, de Dublin, prétend que la térébenthine est un très-bon moyen à mettre en usage dans l'aquo-capsulitis, de même que dans toutes les phlegmasies des séreuses. Si le sujet est robuste et l'inflammation vive, il n'y a aucun inconvénient à insister sur tous les moyens; mais si, au contraire, le malade n'est pas doué d'une organisation vigoureuse, s'il est entaché d'un vice diathésique, la scrofule, par exemple, il faudra craindre une débilitation trop grande, qui pourrait contribuer à prolonger le mal, et recourir aux toniques sitôt qu'il sera permis.

La belladone est un agent précieux, qui ne doit pas être négligé dès le début. En dilatant la pupille, elle empêche l'atrésie de cet orifice, dans le cas qui se présente assez souvent où l'inflammation se propage au tissu de l'iris. Elle peut prévenir les synéchies, les rompre si elles se sont produites et si elles n'offrent pas une grande solidité. On peut l'employer en frictions sur l'orbite, sous forme d'extrait mélangé avec une pommade mercurielle, ou bien encore instiller entre les paupières quelques gouttes d'une solution de sulfate neutre d'atropine. Il est prudent de conseiller au malade de couvrir d'un bandeau l'œil affecté, afin de prévenir l'influence nuisible d'une lumière trop vive. Les collyres astringents peuvent être employés non pour combattre l'aquo-capsulitis elle-même, mais contre l'injection conjonctivale concomitante.

Un autre procédé essentiellement chirurgical, fréquemment employé en Angleterre et en Allemagne, est l'évacuation de l'humeur aqueuse : la paracentèse de l'œil. Wardrop, le premier, l'a mise en usage dans l'*aquo-capsulitis*.

Cette pratique est douée, dit-il, d'une innocuité complète ; elle fait instantanément cesser les douleurs et la distension de l'œil, abat l'inflammation, rétablit la transparence de la chambre antérieure, et n'augmente jamais la phlegmasie, comme on aurait pu le supposer. Il cite à l'appui cinq observations, dans lesquelles le succès

a été complet (1). Langenbeck, Carron du Villards, Weller, M. Desmarres, approuvent ce mode de traitement et rapportent des cas de réussite entière. Ils n'attendent point, pour pratiquer cette opération, que la phlogose soit arrivée à son dernier terme, c'est-à-dire qu'un hypopion se soit formé; ils ponctionnent l'œil sitôt que les douleurs deviennent un peu vives et que le globe oculaire paraît évidemment distendu. Si une seule évacuation ne suffit pas, ils y reviennent autant de fois qu'il semble nécessaire. M. Velpeau conseille d'attendre que la distension soit très-grande, et qu'on puisse craindre la rupture de l'œil.

La paracentèse oculaire est surtout indiquée dans l'hypopion et l'hydrophthalmie, lorsque tous les moyens mis en avant pour amener la résorption ont échoué (collyres émollients, sachets aromatiques sur l'œil, laudanum de Sydenham; purgatifs, révulsifs cutanés, toniques, etc. etc.). C'est là l'avis d'un grand nombre d'ophthalmologistes : Wenzel, Demours, Beer, Sanson, M. Velpeau, etc. etc. Quelques auteurs cependant, parmi lesquels Jamin, Lawrence, J. Cloquet, Scarpa, s'opposent à l'incision de la cornée, dont ils redoutent les conséquences. Ne pourrait-on pas dire avec raison, dans ce cas : *Melius anceps quam nullum experiri remedium?*

Nous croyons inutile d'exposer ici les différents procédés opératoires proposés pour la paracentèse de l'œil; nous dirons seulement que celui qui nous paraît le plus simple est la ponction de la cornée avec l'aiguille à cataracte ordinaire ou mieux avec l'aiguille dite à paracentèse.

L'instrument sera introduit sur le point de la circonférence de la cornée, jugé le plus convenable, et dirigé parallèlement à l'iris; son trajet ne dépassera pas 2 millimètres ou 2 millimètres et demi. Il est très-utile de maintenir le globe de l'œil dans la plus grande immobilité possible, sans toutefois le comprimer trop fortement,

---

(1) *Medico-chirurgical transactions*, vol. IV, p. 46 et suiv.; London, 1819.

afin d'éviter la blessure de l'iris, si, par un mouvement du malade, l'aiguille venait à pénétrer trop loin ou dans une mauvaise direction. L'instrument de M. Desmarres éloigne ce premier danger. Quand, après l'écoulement de l'humeur aqueuse, l'iris vient à bomber en avant vers la cornée, l'opérateur doit veiller à ce que la pointe de l'aiguille ne pénètre pas dans son tissu si vasculaire.

Contre les taches de la cornée qui succèdent à l'*aquo-capsulitis* et mettent tant de lenteur à disparaître, on a proposé beaucoup de moyens. Wardrop recommande encore l'évacuation de l'humeur aqueuse; Mackenzie conseille l'exposition de l'œil, pendant quelques minutes chaque jour, à la vapeur d'acide hydrocyanique. Les toniques généraux, les stimulants appliqués localement, le laudanum de Sydenham, les collyres de toutes sortes; tous ces moyens échouent souvent, et la tache persiste avec une opiniâtreté désespérante pour le chirurgien et le malade, dont la vue se trouve quelquefois considérablement troublée. Dans ce cas, un oculiste distingué, M. le Dr Guépin, de Nantes, a recours à un mode de traitement qui lui réussit depuis plus de vingt ans; ce sont les cautères de la cornée. Nous lui empruntons la description de son *modus faciendi* (1) :

«Mon crayon de nitrate d'argent est très-aigu, et je cautérise, je pourrais dire je pique assez fortement, un point ou deux. Je place mon cautère ou mes cautères dans un point correspondant à la tache, à l'albugo interne, mais le plus loin de la pupille, à moins que je ne juge indispensable d'en sacrifier le centre, et de procéder plus tard à une pupille artificielle.»

A la suite de cette cautérisation, une vive douleur et une violente inflammation se développent. M. Guépin la combat et la calme par une médication antiphlogistique prompte et énergique, à laquelle il revient, si la fluxion dérivatrice dont les cautères deviennent le

---

(1) *Annales d'oculistique*, t. XXXII, p. 249 et suiv.; 1854.

centre a de nouveau besoin d'être modérée. « Sous l'influence de ce traitement, dit cet auteur, les taches s'élargissent et diminuent : bien souvent elles passent en se cicatrisant, car ce sont de véritables ulcères à l'état d'albugo ou de leucomes internes que je crois indélébiles; mais les progrès du mal sont arrêtés et la vision est sauvée. »

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Du saut vertical, de sa théorie en tenant compte des masses.

Chimie. — Du sulfate de magnésie.

Pharmacie. — De la nature des différents principes mucilagineux contenus dans les plantes; par quels procédés prépare-t-on les mucilages? Des végétaux qui les fournissent le plus habituellement; comparer entre eux les mucilages les plus employés.

Histoire naturelle. — Quelle est la structure des vaisseaux aériens et spécialement des trachées?

Anatomie. — Des changements que subit la tunique vaginale par suite de son développement.

Physiologie. — Qu'est-ce que la parole?

Pathologie interne. — De l'influence que les maladies du rectum peuvent avoir sur le reste du tube digestif.

Pathologie externe. — Des vices de conformation du vagin et de l'utérus.

Pathologie générale. — Des phénomènes de la fièvre.

Anatomie pathologique.— Les helminthes peuvent-ils perforer le tube digestif?

Accouchements. — De la syphilis des nouveau-nés.

Thérapeutique. — Du mode d'action des antimoniaux.

Médecine opératoire. — Du débridement des plaies.

Médecine légale. — Du suicide.

Hygiène. — Des émanations sulfureuses et de leur influence sur la santé.

Vu, bon à imprimer.

VELPEAU, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

ARTAUD.